

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 124

UN CAS

DE

GRAND KYSTE PÉDICULÉ DE L'UTERUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juillet 1921

PAR

Frédéric PONS

Né à Bize (Aude), le 26 Septembre 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		GILIS, professeur		
		RICHE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

UN CAS
DE GRAND KYSTE PÉDICULÉ
DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 124

UN CAS

DE

GRAND KYSTE PÉDICULÉ DE L'UTERUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juillet 1921

PAR

Frédéric PONS

Né à Bize (Aude), le 26 Septembre 1881

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*

GILIS, professeur.

RICHE, agrégé.

MARGAROT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale	}	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	}	GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	}	LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	}	N...
Hygiène		VIRES.
Médecine légale et toxicologie	}	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale		N...
Clinique chirurgicale	}	DUCAMP.
Clinique obstétricale		VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	}	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique		FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	}	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		MAIRET.
Clinique gynécologique	}	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	}	ESTOR.
		DE ROUVILLE.
		MOURET.
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	}	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	}	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire	}	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements	}	DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale	}	CABANNES.
Stomatologie		WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	}	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	}	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	}	EUZIERE.	Accouchements	}	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	}	MARGAROT.	Histoire natur.	}	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.)			CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *Président*. | MM. RICHE, agrégé.
 GILIS, professeur. | MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PETITS ROLAND ET GINETTE

A MA FEMME

A MA MÈRE

A MONPÈRE MONSIEUR LE DOCTEUR PONS

A MONSIEUR LE DOCTEUR AULÈS
DE SAILLANS

A MES MAÎTRES
DE PARIS ET DE MONTPELLIER

F. PONS,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MARGAROT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DELMAS

F. PONS.

UN CAS
DE
GRAND KYSTE PÉDICULÉ
DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Cinq observations dans la science, tel est le bilan actuel des grands kystes pédiculés de l'utérus : trois cas dans la littérature étrangère, de Atlée, Stufler, Webster ; deux cas dans la littérature française, de Chifolian !

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Forgue un sixième exemple de ces kystes d'une excessive rareté, observé chez un malade de son service au cours de cette année scolaire. Nous nous proposons à cette occasion d'étudier l'anatomie pathologique de ces kystes, en comparant les particularités de celui que nous apportons, aux caractères de ceux qui sont déjà connus et de décrire leur pathogénie qui prête encore à discussion.

Ce sont en effet les deux côtés intéressants de la question. La symptomatologie est celle des grandes masses annexielles ou utérines pédiculées. Ils sont pareillement exposés aux accidents de torsion. Et d'ailleurs aucun signe ne permet de préciser leur siège au cours de l'examen de

la malade, c'est toujours à un kyste de l'ovaire que l'on pense. La thérapeutique n'offre rien de particulier. En raison de l'intégrité utéro-annexielle c'est le plus souvent l'ablation au ras de l'utérus qui est pratiquée.

Ces kystes, en raison de leur très grande rareté n'ont été l'objet que de quelques notes isolées. Et même Legneux affirme qu'il est impossible d'en essayer la description. Ce même auteur en collaboration avec Perret en 1898, Druon en 1899, on contesté l'existence des kystes de l'utérus. Huquier, en 1847, publie le premier travail sur cette question et distingue les kystes séreux des kystes muqueux de la matrice. Ferrier, Grenet, Lebec y consacrent leur thèse. Mais le travail important et fondamental des kystes utérins, est la thèse de Mercadé (1906). A sa suite quelques mémoires ont paru à l'étranger. Ils ont ajouté peu de chose au travail de Mercadé. Enfin Chifolian publie en 1911 les deux premières observations de la littérature française.

Mercadé distingue cinq sortes de kystes de l'utérus : des kystes muqueux, hydatiques, embryonnaires, séreux, sanguins.

Les kystes muqueux sont assez fréquents et représentent des altérations de toute la muqueuse utérine, sans manifestation pathologique importante.

Les kystes hydatiques primitifs ou secondaires sont des localisations rares de l'échinococcose.

Les trois autres variétés sont les kystes véritablement embryonnaires. Il est probable que les kystes séreux et sanguins représentent des kystes embryonnaires modifiés, par perte de leur épithélium et ces trois sortes de kystes peuvent vraisemblablement être confondus, de sorte que kystes muqueux, hydatiques et embryonnaires sont les trois variétés auxquelles on peut rattacher les kystes de

l'utérus. Le cas que nous rapportons fait partie de la dernière.

Chifolian adopte une classification plus chirurgicale. Il considère qu'il y a lieu de distinguer les petits kystes et les grands kystes.

Les petits kystes intéressent peu le chirurgien. Ils constituent des découvertes d'autopsie ou de laparotomie.

Les grands kystes, exceptionnels au niveau du col, sont moins rares au niveau du corps de l'utérus où ils sont interstitiels ou pédiculés. Mercadé cite seulement quatre cas de kystes interstitiels et le travail de Meakin Haarblicher (1910) n'apporte que trois observations. Quant aux kystes pédiculés, notre observation constitue le sixième cas publié.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Mme S. J..., âgée de 32 ans, entre, le 17 juin 1920, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue; elle est admise salle Dubreuil, 25, pour tumeur abdominale.

Les antécédents de Mme S... ne présentent rien d'intéressant à retenir: elle a eu deux grossesses normales, ayant donné le jour à deux beaux enfants.

La malade fait remonter le début de son affection abdominale actuelle à une crise douloureuse très violente qui se serait déclanchée dans les premiers jours de mars 1920, en pleine période menstruelle. Cette crise douloureuse abdominale a revêtu nettement le caractère d'un syndrome abdominal avec vomissements, paralysie intestinale, etc.

La durée de cette symptomatologie a été assez courte, mais la malade a dû garder le lit pendant trois semaines. Le médecin traitant aurait tout d'abord pensé à une péritonite aiguë d'origine appendiculaire, puis la symptomatologie tumultueuse du début s'étant apaisée, un examen méthodique, devenu beaucoup plus simple, a montré l'existence d'une volumineuse tumeur abdominale. (La malade aurait déclaré à ce moment que l'augmentation de volume de son abdomen ne lui avait point échappé qu'elle s'était produite depuis un an environ et que la dernière crise surtout en avait considérablement accru les dimensions).

Depuis cette crise la malade accuse des élancements douloureux continuels dans le bas ventre avec irradiations lombaires, une sensation de gêne telle qu'elle a dû cesser de vaquer à ses occupations de ménagère.

A son entrée à l'hôpital, on note: femme encore jeune, de complexion assez bonne, brune, muqueuses colorées, non amaigrie.

L'examen de l'abdomen montre simplement l'existence d'une volumineuse tumeur abominale, ovoïde, régulière, occupant nettement les régions médianes, hypogastriques et ombilicales.

Le pôle supérieur est nettement sus-ombilical, à deux bons travers de doigt au-dessus de l'horizontale de l'ombilic.

Cette tumeur est mobilisable, elle donne nettement la sensation de flot, enfin elle est mate dans toute son étendue. Les flancs et les régions iliaques sont sonores. Le toucher vaginal révèle un col très en arrière, déchiré, le cul-de-sac droit est un peu tendu.

Le palper combiné montre que cette volumineuse masse abdominale qui paraît nettement pédiculée d'ailleurs, a dû contracter quelques adhérences avec l'utérus, car ses mouvements se transmettent, faiblement il est vrai au col utérin.

Le diagnostic posé est celui de volumineux kyste ovarien; en raison de l'incident aigu, étiqueté péritonite par le médecin traitant, on pense à la torsion du pédicule de la tumeur.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie rachidienne à la syncaïne (0 gr. 14) par M. le professeur Forgue. L'incision de la ligne blanche ouvre d'emblée une poche d'une extrême minceur, adhérente à la paroi, dont le contenu est un liquide hémorragique ancien, couleur

chocolat. Après rupture des adhérences pariétales et épiploïques, on s'aperçoit que :

- 1° Les annexes sont absolument saines des deux côtés ;
- 2° Cette vaste poche kystique (contenant au moins quatre litres de liquide) s'implante par un étroit pédicule des dimensions d'un crayon ordinaire, sur le fond utérin au voisinage de la corne gauche, à environ 1 centimètre de l'insertion tubaire de la trompe.

L'intervention en raison de l'intégrité de l'utérus et de ses annexes, se borne donc à la simple extirpation du kyste après ligature de son pédicule au ras de l'insertion utérine.

En présence d'une telle cavité kystique, à quoi penser ? Il est évident qu'on doit éliminer toute hypothèse de siège ovarique, et même d'origine aux dépens du parovarium bien normal.

Mais il est certain que ce kyste de par son contenu rappelle certains kystes parovariques hématiques. On est d'autant plus tenté de penser à une origine embryonnaire et ici très probablement volffienne qu'il existe au niveau du pôle inférieur de la tumeur un tractus, qui se prolonge sur le kyste sur une longueur de 7 à 8 centimètres et dont la partie inférieure est nettement canaliculée.

Le pédicule, dans sa partie inférieure était apparu tordu plusieurs fois sur lui-même, ainsi que le faisait prévoir l'histoire de la malade, mais la détorsion s'est faite spontanément au cours des manœuvres opératoires.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade quittait la clinique vingt jours après l'intervention.

Examen histologique. — Les fragments de pédicule et de la paroi ont été prélevés aux fins d'examen histologique. Celui-ci fut pratiqué dans le laboratoire du professeur Grynfeldt qui a bien voulu communiquer la note suivante :

La paroi est constituée par quatre couches concentriques :

1° La première est formée par les vestiges d'un épithélium aplati par places, dont les éléments se désagrègent et infiltrent en partie le stroma sous-jacent.

2° La seconde est formée d'un feutrage de fibres denses avec de nombreux éléments leucocytaires.

3° La troisième est une couche où dominant les fibres musculaires lisses très inégalement réparties et à direction prédominante concentriques à la concavité.

4° La quatrième est formée de tissu conjonctif mal différencié, rappelant celui de l'ovaire avec cavités kystiques.

La constitution histologique du pédicule s'est montrée en tous points semblables et il n'a pas été trouvé traces d'épithélium dans la portion canaliculée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — ETUDE MACROSCOPIQUE

Les grands kystes de l'utérus, sont de vastes formations kystiques, siégeant sur le corps de l'organe et toujours au voisinage du fond dans notre observation et dans les observations antérieures, l'insertion du pédicule se fait au voisinage de la corne utérine gauche sur la face antérieure ou sur le fond de l'utérus, à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi de l'origine de la trompe.

Le pédicule est en général gros et court, du volume du pouce, d'un crayon, de 3 centimètres à 8 centimètres de longueur. Il permet à la tumeur un développement franchement abdominal et, dans notre cas seulement, a été le siège d'une torsion (plusieurs tours complets). Cét accident qui s'était accompagné des troubles habituels en pareil cas, n'avait pas déterminé de phénomènes de sphacèle dans la tumeur elle-même. en raison de la longueur du pédicule. Le kyste s'est en effet détordu spontanément au cours des manœuvres opératoires et les vaisseaux ne paraissaient pas serrés au niveau du nœud de torsion.

Le volume de ces kystes est variable, mais toujours important. Quatre litres environ dans notre cas, quinze litres trente-quatre pintes sont les capacités signalées. Il varie des dimensions d'une tête de fœtus à terme à celles d'un utérus à la période de gestation.

Quatre fois sur dix, ces tumeurs sont formées d'une seule poche. Dans l'observation de M. le professeur Forgue, il s'agissait d'une vaste poche unique et distendue, seules les observations de Hupler et d'Atlee se composent de poches multiples dont la plus volumineuse mesure 12 centimètres de diamètre.

Leur forme est arrondie, allongée horizontalement ou en fuseau dans le sens vertical. Dans un cas des bosselures nombreuses étaient visibles sur la paroi elles devaient correspondre à des poches multiples ou coexister avec une poche uniloculaire. Le plus souvent la surface est lisse, plus ou moins tendue.

Quant au contenu, il est séreux ou brunâtre, plus souvent la coloration brunâtre est signalée, elle tient évidemment aux hémorragies intrakystiques bien explicables dans notre cas, en particulier où il y a eu des accidents de torsion.

La paroi présente des caractères assez particuliers. Elle peut être mince et uniforme; dans l'observation d'Atlee elle a 3 millimètres d'épaisseur, dans celle de M. le professeur Forgue, elle est tellement mince qu'elle paraît en imminence de rupture. Chifolian signale que, dans ses cas personnels, son épaisseur était variable, mince à la partie supérieure elle devient plus épaisse vers le pédicule. De plus, il a constaté une très grande rétractilité de la poche kystique, due vraisemblablement à la présence de fibres musculaires lisses comme nous le verrons plus loin, et comme M. le professeur Grynfeldt l'a constaté.

De telles poches kystiques, se dégagent du petit bassin et prennent un développement abdominal. Leur dôme siège dans la région sus-ombilicale à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic dans notre cas, en plein épigastre dans celui de Chifolian, c'est dire que leurs rapports sont

variables et seraient à étudier avec tous les organes abdominaux. Mais plus intéressantes sont les adhérences qui les fixent au voisinage. Souvent c'est avec l'épiploon, parfois avec la paroi abdominale antérieure. Dans notre observation la présence de ces adhérences a occasionné d'emblée l'ouverture de la poche en incisant la paroi. Chifolian signale dans un de ses cas de grosses difficultés de libération de la tumeur, qu'il dut disséquer au bistouri et aux ciseaux. Il est probable, que ces adhérences sont comme dans toutes les masses abdominales pédiculées, liées aux accidents de torsion sur le pédicule.

Enfin, un point reste à signaler, c'est l'intégrité de l'utérus, des trompes et des ovaires. Ce détail est important, car il justifie l'intervention économique qu'il est indiqué de pratiquer dans les kystes pédiculés.

II. — ETUDE HISTOLOGIQUE

On peut, avec M. le professeur Grynfeldt, qui a pratiqué l'examen histologique de l'observation qui fait l'objet de notre travail, décrire quatre couches concentriques dans la constitution de la paroi kystique. Cette division des couches différentes et les éléments particuliers qu'il a signalés, concordent parfaitement avec les descriptions données antérieurement par Recklinghausen et Masson, à propos de l'examen des autres cas que nous mentionnons :

1° La face interne de la paroi est tapissée par un épithélium. Cet épithélium doit toujours exister, mais dans un cas de Chifolian il n'a pas été retrouvé. Cependant la limite nette et l'aspect de chorion que présente la face interne, font supposer à l'auteur que l'épithélium a dis-

paru dans les points examinés. D'ailleurs, dans notre cas, il se présente en certains points à l'état de vestiges et était plus ou moins modifié. Il est formé de cellules disposées en une ou plusieurs couches, sans cils et offre les caractères d'un épithélium aplati dont les éléments se désagrèment et infiltrent le plan sous-jacent. Dans l'observation II de Chifolian, l'épithélium est cylindrique, très riche en cellules vibratiles et il rapproche ce revêtement de celui de la trompe, avec lequel il présente quelque ressemblance.

2° Au-dessous de cette première couche, un chorion formé de fibres plus ou moins denses, infiltré de quelques leucocytes.

3° La troisième couche est caractérisée par la présence de fibres musculaires lisses. Elles sont signalées dans toutes les observations. Ces fibres sont inégalement réparties au milieu d'un tissu conjonctif et sont d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la face péritonéale de la paroi. Partout elles sont à direction prédominante concentrique à la concavité.

4° Enfin la couche externe représente vraisemblablement une couche péritonéale, plus ou moins enflammée. Dans notre cas, elle était le siège de cavités kystiques, mal différenciées. Il est probable que la constitution histologique de cette dernière couche est variable suivant qu'elle est examinée ou non au niveau d'une zone d'adhérences inflammatoires.

La constitution du pédicule se montre, dans les observations où elle est étudiée, comparable à celle de la paroi kystique. Webster signale qu'il est constitué par un allongement du fond du kyste.

En somme, les grands kystes pédiculés de l'utérus se caractérisent dans leur anatomie pathologique par :

Leur insertion constante au voisinage du fond de l'organe, particulièrement à gauche de la ligne médiane,

Leur pédicule, épais et court, canaliculé,

Leur volume pouvant atteindre des dimensions considérables,

La constitution de leur paroi, limitée en dedans par un épithélium plat ou cylindrique, cilié ou non et présentant des fibres musculaires lisses éparses,

L'intégrité des annexes.

PATHOGENIE

Que représentent ces kystes pédiculés de l'utérus, quelle est leur signification, leur origine, leur mode de formation ? La question est loin d'être résolue et touche de près au chapitre si obscur, des vestiges et des débris embryonnaires des organes génitaux urinaux.

Les théories qui invoquent une origine inflammatoire à ces formations kystiques sont en effet abandonnées. Deux auteurs allemands Chiari et Schauta en furent les promoteurs. Ils admettent que la muqueuse utérine enflammée pousse des invaginations à travers les fibres musculaires donnant ainsi naissance à des formations kystiques. Cette théorie satisfait mal l'esprit quand il s'agit de masses aussi volumineuses que celles que nous étudions. Aussi nous contentons-nous de les signaler.

Bien plus sérieuses sont les théories qui font dériver ces kystes de débris embryonnaires de la sphère urogénitale. Mais elles diffèrent par l'origine de ces débris en cause et on peut les ramener à trois principales :

1° La théorie müllerienne émise par Kossmann en 1897 suppose cette origine dans des invaginations embryonnaires du canal de Müller.

2° La théorie wolffienne en 1896, la place dans des canalicules aberrants du corps de Wolff. Elle a été émise par Recklinghausen.

3° La théorie wolffienne canaliculaire soutenue par Amman rapporte au canal de Wolff lui-même, plus tard canal de Gärtner, l'origine des kystes utérins.

Ces trois théories reposent sur des études sérieuses concernant l'embryologie des organes génito-urinaires et leurs débris ou vestiges qui peuvent persister chez le nouveau-né et chez l'adulte. Aussi devons-nous rappeler aussi succinctement que possible le développement et les destinées des canaux de Wolff, et de Müller. Nous verrons comment ils peuvent donner naissance à ces vastes formations kystiques et quelle théorie satisfait le mieux l'esprit dans l'état actuel de nos connaissances.

Formation de l'utérus. — Destinée des canaux de Müller et de Wolff

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour considérer l'utérus comme formé aux dépens des canaux de Müller. Mais le canal de Müller lui-même est considéré par les uns avec Kœlliker et Egli comme naissant par invagination de l'épithélium péritonéal comme le tube neural s'isole de l'ectoderme, par les autres comme un dédoublement longitudinal du canal de Wolff. Quoi qu'il en soit dans l'un et l'autre cas il doit être tapissé de cellules cylindriques et c'est le point qui nous intéresse.

Les deux canaux de Wolff et de Müller, bien qu'ils aient des destinées différentes chez l'homme et chez la femme, présentent des rapports tellement intimes que leur étude ne peut être séparée et qu'ils interviennent tous les deux, dans la pathogénie de certaines tumeurs de la sphère urogénitale et en particulier de celles qui nous occupent.

On sait que le canal de Müller dans son premier seg-

ment constitue de chaque côté la trompe de Fallope et qu'à partir du point où il croise le ligament inguinal, il s'accolle au canal de Müller de l'autre côté, formant le canal utéro-vaginal. La partie supérieure en effet deviendra l'utérus, la partie inférieure le vagin par transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux stratifié.

Quant au canal de Wolff, une fois le rein constitué, il semble disparaître, n'ayant plus de rôle à remplir. En effet parallèlement placé sur les côtés antéro-externe du canal de Müller déjà fusionné avec son homologue de l'autre côté, on le voit au troisième mois, sur une coupe d'embryon, se confondre avec la paroi de l'utérus et à partir du quatrième mois il n'est plus reconnaissable. Cependant des recherches ont tenté de préciser son trajet et sa destinée après le quatrième mois. D'après Kælliker, chez l'embryon de sept mois, les canaux de Wolff sont représentés par de petits canaux épithéliaux, situés dans les couches superficielles de la paroi utérine à côté et un peu en avant du bord de l'organe. Meckel admet aussi que, pénétrant tantôt un peu avant, tantôt un peu en arrière des bords de l'utérus, ils s'enfoncent plus ou moins rapidement dans le myométrium. Au niveau de la portion sus-vaginale du col, le canal présenterait des diverticules décrits par Meyer, Gebhard et Maudach en plein parenchyme utérin. Au-dessus du col enfin, il glisse sur les parois antéro-latérales du vagin. Quoi qu'il en soit, le canal de Wolff, plus ou moins atrophié se fusionne avec les parois latérales de l'utérus.

Que reste-t-il chez l'adulte du canal de Wolff et de Müller au niveau de l'utérus? Telle est la question, intéressante au plus haut point, pour le sujet qui nous occupe,

qu'ont essayé d'éclairer en particulier les recherches de Rieder et de Maudach.

Le canal de Müller donne naissance à l'utérus. C'est normal. Mais il peut persister au moment où se fait la fusion des deux canaux de Müller des cellules épithéliales aberrantes, incluses dans le parenchyme au cours de son développement. Ce fait n'est pas spécial à l'utérus, il est invoqué par Conheim à propos de tous les organes, pour établir sa théorie générale de l'inclusion.

Quant au canal de Wolff, il peut persister, dans son segment utérin sous forme de débris embryonnaires, jamais en totalité. Rieder a trouvé 15 fois sur 40 utérus de nouveau-nés et Maudach 46 sur 80 des vestiges du canal de Wolff sous forme de groupements épithéliaux tantôt pleins, tantôt pourvus à leur centre d'une cavité, vestige de l'ancienne lumière du canal. Cette cavité est revêtue d'un épithélium cylindrique, présentant parfois des cils vibratiles, autour de lui on trouve une couche de tissu fibreux. Extérieurement enfin une couche musculaire qui, pour ces deux auteurs comprend deux assises longitudinales de fibres lisses et une circulaire intermédiaire. Enfin dans la moitié des cas les vestiges du canal de Wolff seraient accidentés de diverticules nombreux.

En résumé, dans l'utérus adulte peuvent exister des débris wolffiens et des débris müllériens, ceux-ci plus rares, mais d'une importance capitale tous deux, dans la pathogénie des kystes utérins.

Les théories pathogéniques

Elles sont, nous l'avons vu, au nombre de trois, puisque nous avons éliminé dès le début la théorie inflammatoire :

La théorie müllerienne;

La théorie wolffienne;

La théorie woffienne canaliculaire.

1° *Théorie müllerienne*. — C'est Kossmann qui l'a émise en 1897. Il pense que les kystes comme les adénomes utérins, sont le résultat de ramifications de la muqueuse qui s'enfonce à travers les fibres musculaires, surtout au niveau du fond de l'utérus.

Barbaran et Vautrin adoptent cette conception en la modifiant un peu « il se produirait au niveau des plans de coalescence des deux canaux de Müller des inclusions partielles des parois de ces canaux qui demeurent dans le tissu utérin à l'état de vestiges silencieux, jusqu'à ce que des phénomènes congestifs ou irritatifs de la menstruation, de la grossesse ou de l'inflammation les réveillent et les incitent à un accroissement tardif ».

2° *Théorie wolffienne*. — C'est la théorie de Recklinghausen. Les kystes utérins auraient pour origine des canalicules aberrants du type de Wolff. Il invoque en particulier la présence de pseudoglomérules dans le fond de l'utérus, qui, grâce à une sécrétion active provoqueraient la formation de kystes.

3° *Théorie wolffienne canaliculaire*. — Elle est due à Amman. Pour cet auteur, le corps de Wolff n'est pas en cause, mais c'est au canal de Wolff lui-même qu'il faut rapporter l'origine des kystes intra et extra-utérins. Cette théorie repose sur toutes les recherches de vestiges du canal de Wolff dans le parenchyme utérin, que nous avons précédemment étudiés.

Mercadé pense qu'« il est difficile à l'heure actuelle d'opter pour l'une ou l'autre de ces conceptions. Toutes

offrent des caractères de probabilité. Aucune ne présente de sérieuses garanties ». Il semble cependant que la théorie d'Amman soit plus susceptible de satisfaire l'esprit que les deux théories adverses.

On a opposé en effet à la théorie müllerienne que les canaux de Müller sont de simples tubes épithéliaux, sans repli à l'origine et que les glandes de la muqueuse utérine n'apparaissent qu'à l'âge de 8 à 10 ans. C'est là un argument sérieux contre la théorie de Kossmann.

D'autre part, la théorie wolffienne qui incrimine la présence de pseudoglomérules dans le parenchyme utérin comme étant à l'origine des kystes de l'utérus, se voit opposer la situation chez l'embryon du corps de Wolff à l'extrémité abdominale du canal de Müller et l'interposition entre la trompe et le corps de Wolff du canal de Wolff. Jamais en outre on n'a rencontré de débris du corps de Wolff dans les parois utérines.

Au contraire, la théorie d'Amman qui rapporte l'origine des kystes de l'utérus au canal de Wolff et non au corps de Wolff, se base sur la constatation dans l'utérus de l'adulte de débris du canal de Wolff, suivant la disposition que nous avons étudiée dans le précédent paragraphe. Il faut reconnaître que ces débris embryonnaires représentent un argument de grande valeur en faveur de cette théorie. C'est un cas particulier de l'inclusion de fragments de tissus au cours du développement de l'embryon, conception qui est si en faveur aujourd'hui pour toute une catégorie de tumeurs que Letulle désigne sous le nom de « tumeurs d'origine embryogénique ». Ce sont des « dysembryomes » provenant de « défectuosités architectoniques », d'îlots cellulaires inusité (comme c'est le cas du canal de Wolff chez la femme), et prédestinés aux « métamorphoses tumorales » sous une influence que nous ignorons encore.

Beigel et Klein reprenant les recherches des vestiges du canal de Wolff dans le parenchyme utérin auraient trouvé au niveau des cornes utérines de petits diverticules du canal de Wolff, que cependant Lecène et Mercadé n'auraient pu retrouver dans des utérus de nouveau-né. Les deux auteurs allemands voient dans ces diverticules des kystes en puissance dans le parenchyme utérin et à leur très grande rareté (leurs recherches ont porté sur un nombre d'utérus considérable) la rareté des kystes utérins.

Quoi qu'il en soit, les grands kystes utérins semblent trouver leur origine dans des débris embryonnaires *du canal de Wolff ou de ses diverticules*. C'est en l'état actuel de nos connaissances sur cette question l'hypothèse qui présente les plus sérieuses garanties de probabilité.

CONCLUSIONS

I. — Les grands kystes pédiculés de l'utérus sont très rares. Cinq observations seulement sont connues dans la science (l'observation de M. le professeur Forgue est le sixième cas).

II. — Les kystes se caractérisent anatomiquement : par leur insertion au voisinage des cornes utérines principalement à gauche par un pédicule épais et court, leur volume parfois considérable, leur paroi mince limitée en dedans par un épithélium plat ou cylindrique, cilié ou non, et présentant des fibres musculaires lisses épaisses, l'intégrité des annexes.

III. — Ils ont pour origine des débris embryonnaires inclus au cours du développement de l'appareil urogénital.

Trois théories prétendent expliquer cette origine : la théorie müllerienne par des invaginations embryonnaires du canal de Müller, la théorie wolffienne par la persistance de canalicules aberrants du corps de Wolff, la théorie wolffienne canaliculaire par des vestiges persistant du canal de Wolff ou de ses diverticules.

Des trois théories la théorie wolffienne canaliculaire est celle qui présente les garanties les plus sérieuses de probabilité.

IV. — Les symptômes de ces kystes se confondent avec ceux de l'ovaire et leur traitement chirurgical consiste dans l'ablation par section du pédicule au ras de l'insertion utérine.

BIBLIOGRAPHIE

Observations antérieures de grand kyste de l'utérus

- 1843 ATLEE. — Volumineux kyste de l'utérus. *American Journal of medical sciences*, t. XIX.
- 1895 WEBSTER (J.-C.). — Kyste sanguin uniloculaire développé dans la paroi utérine après la ménopause. *The journal of the Méd. Sciences*, t. I, p. 277.
- 1904 STUFLER. — Kyste rare de l'utérus extirpé par laparotomie. *Lucina Bologne*, 1^{er} octobre, n° 10, p. 151.
- 1911 CHIFOLIAN. — Grands kystes de l'utérus. Deux observations. *Progrès médical*, 25 mars, n° 12.
- BARBARAN. — Etude sur les cystadénomes de l'utérus. *Revue médicale de l'Est*, 1890.
- Contribution à l'étude de la pathogénie des cystomyomes utérins. *Revue médicale de l'Est*, octobre 1891.
- CHIARI. — *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1887, Bd VIII.
- CHIFOLIAN. — *Loco citi.*
- FERRIER. — Des kystes folliculaires de l'utérus. *Thèse Paris*, 1857.
- GRENET. — Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux utérins. *Thèse Paris*, 1854.

HAARBLEICHER. — *The J. of obst. and gyn. of the Britisch Emp.*, t. XVII, mars 1910.

HUGUIER. — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin. *Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, p. 241, 1847.

HUGUENIN. — *Virchows archiv f. path. Anat.*, 3 août 1910.

JASCHKE. — *Zentralblatt f. Gynæk.*, 9 avril 1910.

KOSSMANN. — *Archiv. f. Gyn.*, 1897, Bd 54.

MERCADÉ. — Kystes et abcès de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1906, n° 341.

MEYER. — Sur les glandes, les kystes et adénomes dans l'épaisseur du muscle utérin chez la femme adulte
Compte rendu in *Revue de Gynécologie*, 1901, p. 137.

RIEDER. — *Archiv. f. pathol. Anat. von Virchows*, Bd 96, p. 100, 1884.

RECKLINGHAUSEN. — *Die adenomyome und Cystadenome des uterus and Tubewendung*, Berlin, 1896.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:
Un cas de grand kyste pédiculé de l'utérus, par M. Frédéric Pons.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 6 juillet 1921.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 6 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 6 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
